Lane Medical Library

I. chirurg. Abtlg. d. Rudolf Virchow-Krankenhauses, Berlin

Beitrag zur chirurgischen Beurteilung des Mastdarmkrebses

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Werner Eisenstaedt
aus Berlin

Tag der Promotion: ~~20. Dezember 1933~~ 30. Mai 1933

1933

07

I. chirurg. Abtlg. d. Rudolf Virchow-Krankenhauses, Berlin

Beitrag zur chirurgischen Beurteilung des Mastdarmkrebses

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Werner Eisenstaedt
aus Berlin

Tag der Promotion: ~~20. Dezember 1931~~
30. Mai 1933

1933

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. ~~G. von Bergmann~~ Gocht
Referent: Prof. Dr. Martin
Korreferent: Geh.-Rat Prof. Dr. A. Bier

Diese Arbeit erscheint gleichzeitig in der
„Zeitschrift für ärztliche Fortbildung", 30. Jahrgang, Nr. 10 (1933)

Die Höhe der Krebssterblichkeit in Deutschland (11,4 Prom.), die bereits die Tuberkulosesterblichkeit (8,8 Prom.) überschritten hat, gibt Veranlassung, sich mit dem Problem der Karzinombekämpfung zu beschäftigen. Die wichtigste Hilfe bei der Bekämpfung des Karzinoms ist die Frühdiagnose. Trotz eingehendster Aufklärung über die Frühsymptome des Karzinoms erlebt man unzählige Fälle, die bei schwersten Krankheitserscheinungen dem Auge des behandelnden Arztes entgehen oder trotz Aufklärung des Volkes über die Gefahren des Krebses sich überhaupt nicht in ärztliche Behandlung begeben.

Drei Karzinome sind infolge ihres Sitzes im menschlichen Körper am ehesten einer Frühdiagnose zugänglich, das Mammakarzinom, Portiokarzinom und bis zu einem gewissen Grade das Rektumkarzinom. Sinn und Zweck dieser Arbeit soll sein, an Hand aller Fälle von Mastdarmkrebs innerhalb von 11 Jahren (1919—1930) auf der I. chirurgischen Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses zu Berlin über Frühdiagnostik und Operabilität des Rektumkarzinoms zu berichten.

Jedem Arzt sind die Frühsymptome[1]) des Mastdarmkrebses bekannt, und doch werden sie sehr häufig übersehen. An erster Stelle stehen die vieldeutigen Klagen der Patienten über Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang. „Treten bei einem Menschen

[1]) Über „Frühdiagnose des Darmkrebses" gibt Fleischer in der „Z. ärztl. Fortbildg. 1932 Nr. 1" eine ausführliche Übersicht.

zwischen 40 und 70 Jahren, der bis dahin keinerlei Störungen der Defäkation aufwies, hartnäckige Stuhlverstopfung oder auch Obstipation und Diarrhöen abwechselnd auf, so ist das ein notwendiger Anlaß zur genauen Untersuchung des Verdauungstraktus und speziell des Mastdarms." Man darf sich nicht durch die Angaben der Patienten täuschen lassen, die oft das plötzliche Einsetzen von Durchfällen mit Diätfehlern in Zusammenhang bringen. Nothnagel und Kuttner erwähnen Fälle, wo bei anscheinend ganz gesunden Patienten nach dem Genuß von kalten Getränken heftige Diarrhöen einsetzten, die durch katarrhalische Entzündung des Darmes oberhalb der Geschwulst bedingt waren.

Beimengungen von Schleim und seltener Eiter sollten auf eine Geschwulst verdächtig sein, obwohl sie ja nur das Zeichen einer Entzündung der Darmschleimhaut sind. Viel bedeutungsvoller sind die Blutbeimengungen beim Stuhlgang, über die fast alle Patienten, die an einem Rektumkarzinom leiden, berichten. Die Stärke der Blutungen kann sehr verschieden sein. Bisweilen bemerken die Patienten kaum das dem Stuhl aufgelagerte Blut, in einzelnen Fällen kommt es jedoch zu wahren Blutstürzen aus dem Mastdarm. Auch die Häufigkeit der Blutungen kann wechseln. Die meisten Patienten bluten nur bei und nach jedem Stuhlgang; hin und wieder kommt es aber auch bei einzelnen Kranken zu spontanen Mastdarmblutungen.

Für eine frühzeitige Diagnose ist besonders wichtig die Klage der Patienten über häufig von Tenesmen begleitete Entleerungen einer Mischung von Blut und eitrig-schleimigen Massen, die als „Spritzer" bezeichnet werden. Im Gegensatz zu anderen Karzinomen treten beim Mastdarm bisweilen bereits im Beginn der Erkrankung Schmerzen auf. Die häufigsten Angaben der Kranken, die eine Frühdiagnose unterstützen können, sind unbestimmte Schmerzen im ganzen Leib. Jedoch auch heftige Kreuzschmerzen und in die Ober-

schenkel ausstrahlende Schmerzen sollen stets den Verdacht auf eine bösartige Neubildung im kleinen Becken, besonders im Mastdarm erwecken.

Daß bei dem Rektumkarzinom auch die allgemeinen Krankheitserscheinungen einer bösartigen Geschwulst — Anämie, Kachexie und Gewichtsabnahme — auftreten, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden. Verdächtig auf ein Karzinom sollte auch bei jedem älteren Menschen das plötzliche Auftreten von Hämorrhoiden, para- und periproktitischen Abszessen sein. Kann doch hinter jahrelang bestehenden Hämorrhoiden ein maligner Tumor im Wachstum begriffen sein, wie es Strauß bei 10 Proz. seiner Kranken beobachtete.

Ist der Verdacht auf eine bösartige Neubildung im Rektum entstanden, so ist das Wichtigste die digitale Untersuchung des Mastdarms. In einschlägigen Arbeiten wird berichtet, daß Patienten oft monatelang in ärztlicher Behandlung gestanden haben, ohne daß einmal eine rektale Untersuchung vorgenommen wurde. So erwähnt Küttner, daß 60—70 Proz. seiner inoperablen Fälle ohne Rektaluntersuchung längere Zeit in ärztlicher Behandlung gestanden haben. Kuttner und Christen berichten über Fälle, bei denen Hämorrhoidalknoten operativ entfernt wurden, ohne daß das dahintersitzende Rektumkarzinom, das der Palpation zugänglich war, erkannt worden wäre. Kruglov berichtet aus der I. chirurgischen Klinik des Instituts für ärztliche Fortbildung in Leningrad, daß von 93 Patienten, von denen 47 d. h. über 50 Proz. wegen Hämorrhoiden in ärztlicher Behandlung gestanden haben, nur 5 rektal untersucht worden sind.

Für die Frühdiagnose eines Karzinoms ist das Wichtigste eine eingehende Untersuchung des Patienten. Nach Erhebung der Vorgeschichte des Erkrankten, als deren wichtigste Punkte die Verdauungsstörungen zu beachten sind, muß eine genaue Inspektion und Palpation erfolgen. Bei ersterer ist besonders auf das Vorhandensein von

Rhagaden, Fisteln und Narben, eventuell Phlegmonen zu achten. Es empfiehlt sich auch auf die Wäsche der Patienten achtzugeben, die, wie Boas angibt, bei geschwürigen Karzinomen einen bestimmten fauligen Geruch aufweist, der durch den Ausfluß aus dem After verursacht ist. Für die Palpation schlägt Kuttner zunächst eine Untersuchung des Patienten in Seiten- oder Rückenlage vor. Gelingt es auf diese Weise nicht, einen sicheren Befund zu erheben, so geht man in Rückenlage des Patienten zu einer bimanuellen Untersuchung über, indem die obere Hand in der Regio iliaca sinistra dem rektal untersuchenden Finger den Mastdarm entgegendrängt. Genügt auch diese Untersuchung nicht, so ist sie noch einmal in Knie-Ellenbogenlage und vor allem in hockender Stellung des Kranken zu wiederholen. Gerade in dieser Stellung gelingt es noch oft, auch eine höhersitzende Geschwulst mit dem tastenden Finger zu erreichen.

Ist eine Geschwulst oder eine Verengerung des Darmes festgestellt, so muß zur weiteren Klärung der Diagnose eine Rektoskopie vorgenommen werden. Mit ihrer Hilfe kann in unsicheren Fällen eine Probeexzision vorgenommen werden, die nach Kuttner in jedem Fall gemacht werden soll. Andere Kliniker (Hochenegg, Rosenstein u. a.) lehnen eine Probeexzision im allgemeinen wegen der Gefahr einer Blutung ab. Wir selbst empfehlen, sie nur bei differentialdiagnostisch unsicheren Befunden (Lues, Tuberkulose) vorzunehmen.

Zur Unterstützung der Diagnose muß auch die Röntgenuntersuchung herangezogen werden. In dringenden Fällen (akuter Ileus) ist das schnellste Verfahren die Durchleuchtung des stehenden oder liegenden Patienten auf pathologische Gasansammlungen und Flüssigkeitsspiegel in den Därmen. Eine genauere und sicherere Diagnostik wird ermöglicht durch eine Durchleuchtung bei Verwendung des Kontrastbreies als Einlauf oder bei peroraler Verabreichung. Bei beiden Arten der Röntgenuntersuchung kommt es besonders auf Darstellung

der Darmenge an, die durch die oberhalb liegenden, erweiterten Darmschlingen, den dünnen Breifortsatz durch die verengte Stelle, unregelmäßige Konturen und Aussparungen zu erkennen ist.

Gelingt durch keine dieser Untersuchungsmethoden der Nachweis eines klinisch sicher begründeten Verdachts auf ein hochsitzendes Rektumkarzinom, so darf eine Probelaparotomie nicht gescheut werden.

Erwähnt seien noch die zahlreichen Versuche, durch serologische Reaktionen das Vorhandensein einer Krebsgeschwulst festzustellen. Hierzu gehören die Kahnsche Albuminreaktion, die Antitrypsinreaktion (Brieger und Trebing), die Meiostagminreaktion (Ascoli und Izar) usw. Keine dieser Reaktionen bietet eine unbedingte Gewähr für die Sicherheit der Diagnose. Auch durch die Bestimmung der Blutzuckertoleranz bei Glukosebelastung können keine eindeutigen Ergebnisse erzielt werden. Zu beachten ist noch die Feststellung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, die in vielen Fällen bösartiger Geschwülste stark beschleunigt ist.

Auf der I. chirurgischen Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses zu Berlin kamen in den Jahren 1919—1930 126 Fälle von Rektumkarzinom zur Aufnahme. Die Beobachtung einer Zunahme des Mastdarmkrebses konnte in den letzten Jahren nicht gemacht werden, wie aus Kurve (Fig. 1) hervorgeht. Die Höhepunkte der Kurve liegen in den Jahren 1922 und 1926 mit je 16 Fällen. Wie auch aus der Kurve (Fig. 1) ersichtlich ist, ist in den Jahren 1919—1930 die Zahl der operablen Fälle im Vergleich zur Gesamtzahl der Kranken im wesentlichen unverändert geblieben. Auch Mandl glaubt in Wien eine Zunahme der Rektumkarzinome in den Kriegs- und Nachkriegsjahren ablehnen zu dürfen. Es kann natürlich nicht übersehen werden, daß eine ziemlich kleine Statistik wie die vorliegende sehr von Zufällen abhängig ist und deshalb keine endgültigen Folgerungen zu ziehen erlaubt.

Das Alter der Patienten lag zwischen 20 und 82 Jahren. Die genaue Verteilung zwischen den verschiedenen Lebensaltern ist aus Kurve (Fig. 2) ersichtlich. Man erkennt aus ihr eine plötzliche Zunahme des Rektumkarzinoms zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr und die größte Häufigkeit in dem Alter zwischen 50 und 70 Jahren. Fälle von Rektumkarzinom unter dem 20. Lebensjahr kamen in den Jahren 1919—1930 nicht auf der Abteilung zur Aufnahme. In der einschlägigen Literatur

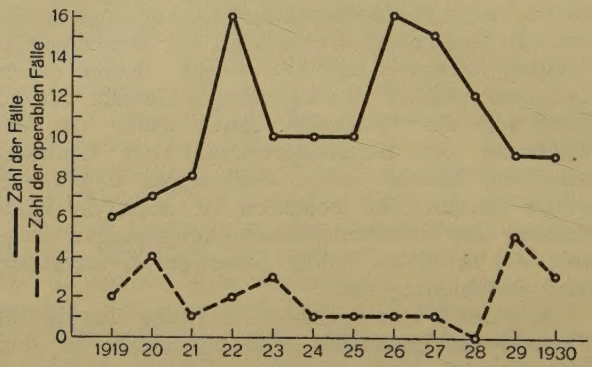

Fig. 1.

werden vereinzelte Fälle von Mastdarmkrebs bei Jugendlichen unter 20 Jahren von Billroth, Christen, Öhler, Mandl usw. beschrieben. Unter den 126 Kranken waren 45 Frauen und 81 Männer, d. h. 36 Proz. Frauen und 64 Proz. Männer, ein Verhältnis, wie es auch von Pichler, Zinner, Lorenz, Küttner, Mandl usw. angegeben wird.

Interessant wegen der Schwierigkeiten der Diagnose des Rektumkarzinoms ist die Krankengeschichte des jüngsten 20jährigen Patienten:

Patient stammt aus einer Familie, in der mehrere Mitglieder an Lungentuberkulose erkrankt sind; Patient selbst war im Alter von 18 Jahren wegen eines Lungenspitzenkatarrhs in der Lungenheilstätte Beelitz. Sonst ist die Vorgeschichte des Patienten belanglos. Der Kranke leidet jetzt seit 4 Monaten an Unregel-

mäßigkeiten im Stuhlgang — bisweilen 7 Tage keinen Stuhlgang — trotz reichlicher Abführmittel, die er ohne ärztliche Verordnung nahm. Vor 6 Wochen traten plötzlich heftige Schmerzen im rechten Oberschenkel auf. Der zugezogene Arzt stellte einen rechtsseitigen Leistenbruch fest und rät dem Patienten zu einer Operation, die dieser aber ablehnt. Er sucht nach weiteren 3 Wochen einen anderen Arzt auf, der die Diagnose „Rheumatismus" stellt und den Kranken mit Salben behandelt. Als darauf keine Besserung der Beschwerden eintritt, überweist ihn der Arzt unter der Diagnose „Muskelrheumatismus" einem Krankenhaus. Dort wird Patient 17 Tage mit Massage und Wärme behandelt, ohne daß eine Linderung der Beschwerden eintritt. Am 18. Tage seines Krankenhaus-

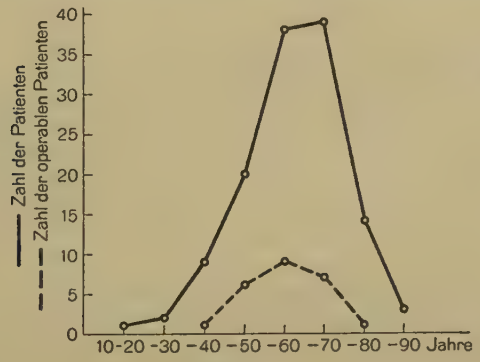

Fig. 2.

aufenthaltes wird Patient dort zum ersten Male rektal untersucht, eine Geschwulst im Mastdarm festgestellt. Patient wird darauf der I. chirurgischen Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses überwiesen. Die nochmalige Rektaluntersuchung, vervollständigt durch eine Rektoskopie und Probeexzision, ergibt in der Ampulla recti ein zerfallenes, inoperables Adenokarzinom. Es wird bei dem Patienten, da bereits Ileuserscheinungen auftreten, ein Anus praeternaturalis angelegt. Patient erholt sich danach wieder etwas und wird ungeheilt entlassen.

Eine familiäre Heredität des Rektumkarzinoms konnte unter den 126 Fällen der Abteilung nicht häufig, im ganzen nur 5 mal festgestellt werden, wo Vater oder Mutter an einem Krebsleiden gestorben sind. Dies sind nur 3,8 Proz., während in verschiedenen Arbeiten über eine erbliche Belastung bis zu 11,8 Proz. berichtet wird.

Für eine genauere Bearbeitung scheiden von den 126 Fällen 35 aus, die entweder vor 1919 oder in anderen Krankenhäusern operiert worden sind, so daß nähere Angaben über die Dauer der damaligen Beschwerden resp. frühere Behandlung fehlen.

Von den untersuchten 91 Patienten kamen 40 Proz. unter anderer Diagnose in das Krankenhaus. Erst eine genaue Erhebung der Anamnese ergab den ersten Hinweis auf ein Rektumkarzinom. 57 d. h. 63 Proz. der Patienten klagten über Schmerzen. 36 mal wurden die Schmerzen im Rektum und After besonders bei und nach der Defäkation lokalisiert. 28 mal waren es vorwiegend Schmerzen unbestimmter Art im ganzen Abdomen, 5 mal Kreuzschmerzen und 4 mal Schmerzen, die in die Oberschenkel ausstrahlten. Die Häufigkeit der Klagen über unbestimmte Schmerzen im Leib beweist die Wichtigkeit der Rektaluntersuchung bei allen abdominellen Schmerzen, die sich nicht genau lokalisieren lassen.

54 von 91 Patienten hatten als Frühsymptom Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang. Von ihnen klagten 21 über zunehmende Obstipation, wobei noch nicht die Fälle mitgerechnet werden, die im Zustand des Ileus in das Krankenhaus eingeliefert wurden, 19 über Diarrhöen und 11 wechselnd über Obstipation und Diarrhöen. Zu den Störungen in der Beschaffenheit des Stuhles gehören auch die Beimengungen von Eiter, Schleim und Blut zum Stuhlgang. Nur 6 mal hatten Patienten Eiter im Stuhl bemerkt, 27 mal Schleimbeimengungen, aber 63 mal, d. h. in 70 Proz. aller Fälle, war den Patienten aufgefallen, daß sie Blutauflagerungen auf dem entleerten Kot sahen. Von diesen 63 Patienten waren 19 wegen Hämorrhoidalblutungen von 8 Wochen bis über $1^1/_2$ Jahre in ärztlicher Behandlung, während die übrigen sich mit der von ihnen selbst gestellten Diagnose „Hämorrhoiden" begnügten, ohne einen Arzt aufzusuchen. Fast alle diese Patienten klagten über geringe Blutungen beim Stuhlgang, bzw. kurze Zeit nach dem Stuhl-

gang. Nur ein Patient unter den 63 ist wegen einer plötzlichen, zum ersten Male auftretenden, schweren Darmblutung dem Krankenhaus überwiesen worden und kam daher unmittelbar nach dem Einsetzen der ersten Krankheitserscheinungen zur Behandlung. 22 Patienten gaben als auffallendstes Symptom ihrer Beschwerden quälende Tenesmen an. 5 Männer klagten über Blasenbeschwerden, die als Zeichen einer Prostatahypertrophie (alle 5 Männer waren über 60 Jahre alt) angesehen waren, weshalb die Patienten auch unter dieser Fehldiagnose in das Krankenhaus kamen. 2 Patienten hatten sich kurze Zeit vor ihrer Krankenhausaufnahme wegen einer Analfistel, 1 Patient wegen eines paraproktitischen Abzesses operieren lassen. Nur 14 von 91 Patienten, d. h. nur 15 Proz. gaben an, daß ihnen in letzter Zeit eine sichtliche Abmagerung aufgefallen wäre. Nur wenige klagten über Appetitlosigkeit und Schwächegefühl. Man ersieht den bösartig schleichenden Verlauf des Krebses, der ohne Allgemeinerscheinungen zu machen, bis zur Inoperabilität wachsen kann. Zusammen läßt sich aus Tabelle I ersehen, wie mannigfaltig die Erscheinungen des Rektumkrebses sein können, daß sich aber bei jedem Kranken mindestens ein Zeichen finden läßt, das auf die Bösartigkeit der Erkrankung hinweist.

Tabelle I.

Art der Beschwerden	Häufigkeit
Verstopfung	21 ×
Durchfälle	19 ×
Verstopfung und Durchfälle	14 ×
Schmerzen im Leib	28 ×
Kreuzschmerzen	5 ×
Schmerzen in den Beinen	4 ×
Schmerzen im Mastdarm	36 ×
Blut im Stuhl	63 ×
Schleim im Stuhl	27 ×
Eiter im Stuhl	6 ×
Tenesmen	22 ×
Blasenbeschwerden	5 ×
Abmagerung	14 ×

Die Dauer der Beschwerden schwankt bei den Patienten zwischen einem Tag und $2^1/_2$ Jahren und war im Durchschnitt $7^1/_2$ Monate. Nachstehend die Krankengeschichte des Patienten, der bereits nach eintägiger Erkrankung der Abteilung überwiesen wurde.

Patient ist angeblich immer gesund gewesen, am Tage vor seiner Krankenhausaufnahme bemerkte er zum ersten Male Blut im Stuhl. In der folgenden Nacht profuse Blutung aus dem After, angeblich ein halbes Nachtgeschirr voll. Der sofort zugezogene Arzt überweist den Patienten dem Krankenhaus. Die Rektaluntersuchung ergibt ein ulzeriertes operables Karzinom der Ampulle. Patient wird operiert und gebessert entlassen. Er suchte nach einiger Zeit nochmals das Krankenhaus wegen einer Analstriktur auf, die in üblicher Weise behandelt wurde und war dann völlig beschwerdefrei.

Nachstehende Tabelle II gibt einen Überblick über die Dauer der Beschwerden:

Tabelle II.

Dauer der Beschwerden	Zahl der Fälle	Dauer der Beschwerden	Zahl der Fälle
1—4 Wochen	7	8 Monate	1
1 Monat	7	9 „	3
2 Monate	11	10 „	1
3 „	13	11 „	—
4 „	5	12 „	9
5 „	8	13—18 Monate	6
6 „	9	über 18 Monate	8
7 „	2		

Kurve (Fig. 3) ergibt ein Bild der Operabilität des Rektumkarzinoms bei den 91 Patienten im Verhältnis zur Dauer ihrer Erkrankung. Aus der Kurve ist ersichtlich, daß Rektumkarzinome, die bereits 12 Monate Erscheinungen machen (sicherlich aber bereits noch länger bestehen) noch operabel sein können. Andererseits war bei den 7 Patienten, die noch nicht 4 Wochen über Beschwerden klagten, nur 2 mal eine Radikaloperation möglich.

Von 91 Patienten, die auf der Abteilung zur Aufnahme kamen, war nur bei 24, d. h. 26,6 Proz., noch Gelegenheit, eine Radikaloperation vorzunehmen, wobei die Grenzen der Operabilität sicher-

lich nicht enger gezogen wurden, als es in anderen Kliniken üblich ist. Aus diesen Zahlen ist am besten die Schwere der hier zur Aufnahme kommenden Fälle ersichtlich. Hierzu sei im Vergleich die Operabilität an anderen Kliniken genannt: Back: 30 Proz., Küttner: 32 Proz., Reichel: 37 Proz., Helferich: 47,5 Proz., Kruglov; 61 Proz., Christen: 64,7 Proz., Hochenegg; 72,3 Proz., Graser: 83,3 Proz. (zum Teil nach Mandl zitiert).

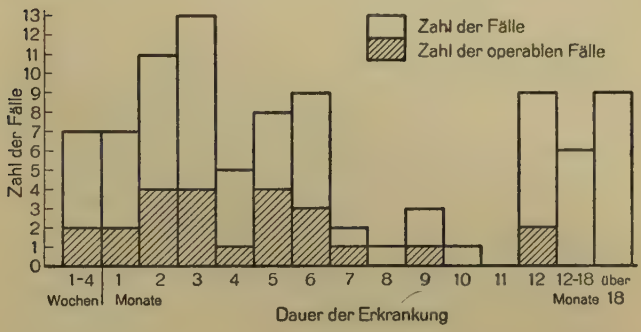

Fig. 3.

Über die Zahl der operablen Fälle bezüglich des Lebensalters der Patienten läßt sich nach der vorliegenden Statistik nichts Genaueres aussagen, da die geringe Zahl der Patienten bis zum 40. Lebensjahr keine richtigen Schlüsse zu ziehen erlaubt.

Von 67 inoperablen Fällen wurden 14 unter dem Krankheitsbild des Ileus eingeliefert. Wegen des schleichenden Verlaufs des Rektumkarzinoms ist von diesen Patienten folgende Krankengeschichte bemerkenswert:

Ein 42jähriger Patient, der bis jetzt immer gesund gewesen ist, wird unter dem Bilde eines akuten Darmverschlusses eingeliefert. Patient hatte keinerlei Schmerzen, keine Stuhlunregelmäßigkeiten, nur in letzter Zeit Beschwerden beim Wasserlassen, die aber nicht sehr stark gewesen sind. Seit 3 Tagen kein Stuhlgang, seit einem Tag keine Winde. Patient hat heute mehrmals er-

brochen. Die Untersuchung ergibt ein inoperables Rektumkarzinom, das bereits auf die Blase übergewachsen ist. Die Sektion zeigt sogar bereits mehrere Metastasen in der Leber.

Von 126 Patienten starben während ihres Krankenhausaufenthaltes 49, d. h. fast 39 Proz. aller Aufnahmen. Von diesen waren 39 inoperabel, während 10 im Anschluß an die Radikaloperation verstarben. Von den 91 nicht voroperierten Patienten kamen 33 in stark beeinträchtigtem Ernährungs- und Kräftezustand zur Aufnahme, 38 Kranke befanden sich in einem leidlichen Zustand, während nur bei 19 noch ein guter Allgemeinzustand vorhanden war.

Eine Betrachtung der Operationen auf unserer Abteilung ergibt, daß von 91 Kranken 75 operiert wurden. Von den übrigen 16 Kranken lehnten 12 eine ihnen vorgeschlagene Operation ab, 4 Kranke starben innerhalb von 6 Stunden nach der Krankenhausaufnahme. Unter den Operationen steht an erster Stelle die Kolostomie, die 52 mal ausgeführt wurde. Von diesen 52 Kranken boten 15 das Krankheitsbild eines akuten Ileus, so daß die Anlegung eines Anus praeternaturalis ein lebensnotwendiger Eingriff war. Die übrigen Patienten litten an chronischem Ileus; es wurde hier die Kolostomie nicht als Notoperation, sondern als Voroperation vorgenommen. Die Erfahrung lehrt, daß Rektumkarzinome oft infolge fester entzündlicher Verwachsungen mit ihrer Umgebung bei der ersten Untersuchung als inoperabel erscheinen, später aber nach Abklingen der Entzündungserscheinungen teilweise oder ganz beweglich werden. Hier kann die Anlegung des Anus ein anscheinend inoperables Karzinom in ein operables verwandeln, und aus diesem Grunde wurde bei solchen Fällen eine Dickdarmfistel angelegt. Unsere Erwartungen wurden aber nur sehr selten erfüllt, denn nur zweimal war es möglich, die Radikaloperation einige Zeit später anzuschließen. Bei allen übrigen Kranken blieb die Kolostomie die endgültige Operation. 18 Patienten verstarben einige Zeit nach der Operation

im Krankenhaus, die übrigen konnten zum Teil leidlich erholt wieder entlassen werden. Alle diese Patienten sowie auch die radikaloperierten Kranken wurden einer Röntgen- bzw. Radiumbehandlung unterzogen.

Eine Radikaloperation konnte nur bei 23 Kranken ausgeführt werden. Bei den übrigen Kranken sprachen das hohe Alter, der schlechte Allgemeinzustand, das Hinzutreten von Komplikationen, vor allem die Größe der Geschwulst, ihre festen Verwachsungen mit der Umgebung und das Auftreten von Metastasen gegen eine Radikaloperation.

Bei den Radikaloperierten wurde 14 mal eine Rektumamputation vorgenommen, 9 mal eine Resektion des Mastdarms. Von diesen operierten Patienten starben 4 an einer postoperativen Pneumonie, 2 an einer Peritonitis, 3 an Herzschwäche, und 1 Patient kam an einer Pyelitis mit folgender Urosepsis ad Exitum.

Rezidive wurden bei 6 von 13 Patienten in einer Zeit von 5 Wochen bis zu 2 Jahren beobachtet. Bei einem der Kranken wurde noch zweimal eine Rezidivoperation vorgenommen. Bei 3 Kranken mußte ein halbes bzw. 2 Jahre nach der Radikaloperation wegen eines Ileus, der durch ein Rezidiv bedingt war, ein Anus praeternaturalis angelegt werden.

Das traurige Bild der Statistik wirft vor allen Dingen die Frage auf, woran es liegt, daß im Gegensatz zu anderen Kliniken so viele hoffnungslose Fälle zur Aufnahme kommen. Um das Bild zu vervollständigen, muß man dazu bemerken, daß das Krankenmaterial des Rudolf Virchow-Krankenhauses zu Berlin zich zu 95 Proz. aus der Arbeiterbevölkerung des Berliner Nordens zusammensetzt, und selbst der einfache Mittelstand hier nur wenig vertreten ist. Bei der Durchsicht der Krankengeschichten ergibt sich, daß nur 24 Patienten, d. h. 26 Proz., längere Zeit in ärztlicher Behandlung gestanden haben. 66 Patienten haben mit einer Gleichgültigkeit, die einem denkenden Menschen

fast unverständlich erscheint, ihre Beschwerden ertragen, ohne je einen Arzt aufzusuchen. Dies ist um so erstaunlicher, als der Besuch eines Kassenarztes oder Wohlfahrtsarztes für die Kranken nicht mit größeren Kosten verbunden ist. Andererseits aber herrscht gerade bei der Arbeiterbevölkerung eine nur schwer zu überwindende Furcht vor dem Arzt.

Sicherlich spielt auch die Behandlung durch Nichtmediziner, über die die Patienten natürlicherweise im Krankenhaus keine näheren Angaben machen wollen, eine große Rolle. Der „Heilkundige", gleichgültig, nach welchen Methoden er behandeln mag, ist leider immer noch eine sehr geachtete Persönlichkeit. Wir glauben, daß durch kurpfuscherische Behandlung in vielen Fällen die Diagnosestellung und rechtzeitige Einweisung ins Krankenhaus verzögert wird.

Aber selbst von den Patienten, die meist schon monatelang von ihrem Leiden gequält wurden, kamen mehr als 50 Proz., nachdem sie endlich einen Arzt aufgesucht hatten, unter einer falschen Diagnose (Ischias, Prostatahypertrophie, Kolitis, Dysenterie, Neurasthenie usw.) zur Aufnahme. Noch nicht 35 Proz. der Kranken waren vom Arzt rektal untersucht worden.

Aufschlußreicher sind die 24 Kranken, die in ärztlicher Behandlung gestanden haben. Von diesen wurden 19 längere Zeit ohne Besserung der Beschwerden wegen Hämorrhoidalblutungen behandelt. 3 Kranke wurden wegen Fisteln resp. eines Abszesses am Gesäß sogar operiert, 2 wurden wegen chronischen Darmkatarrhs behandelt. Alle diese Patienten standen in einem Alter zwischen 40 und 75 Jahren, ein Alter, in dem Hämorrhoidalblutungen, die sich bei längerer Behandlung nicht bessern, den Verdacht auf Bösartigkeit des Leidens erwecken müssen. Nur 10 von 21 Kranken wurden nach längerer Zeit vom Arzt rektal untersucht und dann sofort dem Krankenhaus überwiesen; aber nur 4 waren noch in einem Zustand, der eine Radikal-

operation zuließ. Von diesen Kranken soll eine Krankengeschichte kurz mitgeteilt werden:

49jährige Kranke gibt an, seit 3 Monaten unter Leib- und Kreuzschmerzen zu leiden, mit ausstrahlenden Schmerzen in beide Oberschenkel. Patientin sucht eine Frauenklinik auf, wo sich folgender Untersuchungsbefund bietet: Uterus anteponiert, unbeweglich, hinter ihm eine feste Masse palpabel, die anscheinend das ganze kleine Becken ausfüllt. Rektaluntersuchung: Rektum nach rechts herum verschoben, links herum eingeengt. Bei diesem Befund wird die Patientin 2 Monate hindurch mit Spülungen und Diathermie behandelt. Dann wird sie unter der Diagnose „Douglasexsudat" und „Rektumstenose" auf eine innere Abteilung verlegt. Dort wird, rektoskopisch in 12 cm Höhe vom Anus entfernt, eine „Stenose" festgestellt. Patientin wird bougiert und nach weiteren 6 Wochen wegen chronischem Ileus auf die I. chirurgische Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses verlegt. Eine nochmalige Rektoskopie ergibt in 12 cm Höhe ein inoperables, verjauchtes Rektumkarzinom. Es kann nur noch ein Anus praeternaturalis angelegt werden, und Patientin wird ungeheilt einem Hospital überwiesen.

Der rektale Untersuchungsbefund bei der Aufnahme im Rudolf Virchow-Krankenhaus ergab unter den 91 Patienten 7 mal ein Analkarzinom, 69 mal ein Karzinom, das seinen Sitz in der Ampulla recti hatte, und nur bei 15 Patienten war die Geschwulst mehr als 10 cm vom After entfernt. Aus diesen Zahlen geht hervor, daß in 83 Proz. aller Fälle eine Rektaluntersuchung die Ursache der Beschwerden geklärt und die Kranken vielleicht noch rechtzeitig in operative Behandlung gebracht hätte.

Zusammengefaßt beweist das Ergebnis auch unserer Statistik, wie notwendig zur operativen Therapie des Mastdarmkrebses die frühzeitig gestellte Diagnose ist. An der frühzeitigen Erkenntnis des Krebses fehlt es aber noch vielfach. Vor allem begründen die Zahlen unserer Statistik die dringende Forderung, bei verdächtigen Erkrankungen (chronische Stuhlverstopfung, Hämorrhoiden, Ischias und unbestimmte Schmerzen im Leib) frühzeitig eine Rektaluntersuchung vorzunehmen.

Literatur.

Boas, Arch. Verdgskrkh. 11 (1905).
Christen, Beitr. klin. Chir. 27.
Fiske, Z. f. d. ges. Chir. 43, 4.
Fleischer, Z. ärztl. Fortbildg. 1932.
Friedenwald, Grove, Amer. J. med. Sci. 160, 3 (1920).
Hurst, Turner, Z. f. d. ges. Chir. 43, 8.
Kahn, Erg. inn. Med. 1925.
Koehler, Münch. med. Wschr. 1922, Nr. 20.
Kruglov, Z. ges. Chir. 50, 10.
Küttner, Münch. med. Wschr. 1920, Nr. 28.
Kuttner, Z. Krebsforschg. 7 und 10.
Derselbe, Berl. klin. Wschr. 1910, Nr. 11.
Derselbe, Berl. med. Klin. 1928, Nr. 36.
Derselbe und Scherk, Neue Dtsch. Klin., Lfg. 9.
Mandl, Dtsch. Z. Chir. 168.
Reichel, Zbl. Chir. 1923, Nr. 10.
Rotter und A. Borchard, Handbuch d. prakt. Chirurgie (Garré, Küttner, Lexer).
Scherk, Klin. Wschr. 1926, Nr. 32.
Schmieden, Dtsch. med. Wschr. 1928, Nr. 23.
Derselbe, Münch. med. Wschr. 1927, Nr. 47.
Sudeck, Berl. klin. Wschr. 1920, Nr. 18.
Strauß, Berl. Klin. H. 421.

Lebenslauf.

Ich, Werner Eisenstaedt, bin am 18. Mai 1907 als Sohn des Rechtsanwalts Dr. Alfred Eisenstaedt und seiner Ehefrau Gertrud, geb. Haase zu Berlin geboren. Von Ostern 1913 bis Ostern 1925 besuchte ich die Vorschule und Gymnasium des Staatlichen Wilhelmsgymnasiums zu Berlin, wo ich Ostern 1925 das Abiturientenexamen bestand.

Von Ostern 1925 bis April 1927 studierte ich an der Universität Berlin Medizin. Daselbst bestand ich im Mai 1927 das Physikum. Die klinischen Semester studierte ich in Bonn, Hamburg und Berlin, wo ich am 7. Juni 1930 das medizinische Staatsexamen bestand. Das praktische Jahr absolvierte ich am städtischen Rudolf Virchow-Krankenhaus zu Berlin, 6 Monate auf der I. inneren und 6 Monate auf der I. chirurgischen Abteilung.

Meine Approbation als Arzt erhielt ich am 15. Juni 1931. Vom 1. Juli bis 7. Juli 1931 arbeitete ich als Volontär auf der I. inneren Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses zu Berlin. Vom 7. bis 31. Juli war ich als Aufnahmearzt des Krankenhauses angestellt. Vom 1. August bis 1. Oktober arbeitete ich als Volontär, vom 1. Oktober bis 15. Januar 1932 als Hilfsarzt auf der I. chirurgischen Abteilung des Krankenhauses. Seit dem 15. Januar 1932 arbeite ich als Volontär im pathologischen Institut des Krankenhauses Sudenburg zu Magdeburg.

Ich promovierte an der medizinischen Fakultät der Universität Berlin am 20. Dezember 1931 mit einer Arbeit über „Beiträge zur chirurgischen Beurteilung des Mastdarmkrebses".

Lippert & Co. G.m.b.H., Naumburg (Saale)
Printed in Germany